Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 17 lipca 1880. № 29. Rok XIX.

I. Przyczynki do przetoczenia krwi do jamy otrzewnowéj.

Podał Dr. Kaczorowski.

Przetoczenie krwi, czy do żyły czy do tętnicy, nie rozpowszechniło się pomiędzy lekarzami, pomimo zbawiennéj pomocy, jaką w licznych przypadkach niedokrewności przyniosło. Stawa mu na przeszkodzie raz nie łatwa wcale rzecz samego rękoczynu, po drugie niebezpieczne przypadłości, bezpośrednio z niego wynikające, już to z powodu przedostania się powietrza do obiegu krwi, jużto nagłych zaburzeń powstających w szlachetniejszych narządach, mianowicie w mózgu, skutkiem nagłego napięcia naczyniowego. Jakkolwiek pierwszemu niebezpieczeństwu zaradzono udoskonaleniem przyrządów do transfuzyi przeznaczonych, na drugie nie podobna znaleść środka. Celem ominięcia wszelkich owych trudności, Ponfick, profesor anatomii patologicznéj w Wrocławiu, podał nowy sposób przetoczenia, polegający na wstrzykiwaniu odwłóknionéj krwi do jamy otrzewnowéj.

Metodę swoją uzasadnił poprzednio doświadczeniami na zwierzętach wykonanemi, ogłoszonemi już r. 1877 przez Dr. Corduę w rozprawie: *Ueber den Resorptionsmechanismus von Bluterguessen.* Wynikiem tych doświadczeń było stwierdzenie, że krew wprowadzona do jamy brzusznéj zwierzęcia w przeciągu kilku dni bez śladu wessaną zostaje i to bez szkody dla zdrowia aż do 95% wagi ciała, jeżeli krew wziętą była ze zwierzęcia tego samego gatunku, nie mniéj bez ukazania się w moczu hemoglobinu, powstającego regularnie w razie zaszłego w krwi rozkładu czerwonych jéj ciałek. Wnosząc ztąd o przedostawaniu się czerwonych ciałek wstrzykniętéj krwi do samego obiegu, zastósował Ponfick ten sposób w 4 przypadkach chorobowych z razu z pomyślnym skutkiem. Rzeczywistego zaś dowodu przechodzenia czerwonych ciałek krwi do krążenia dostarczył dopiero nasz Obaliński bardzo mozolnemi doświadczeniami na psach i królikach podjętemi, a ogłoszonemi w Przeglądzie Lekarskim r. b. Nr. 9 i 10. Potwierdził bowiem nie tylko postrzeżenia Ponficka o zupełném wessaniu wstrzykniętéj do jamy otrzewnowéj krwi sposobem makroskopijnym, oznaczając nadto chyżość wessania, (wykazał bowiem, że w 48 godzin po wstrzyknięciu zaledwo ślad, a po 90 godzinach już ani ślad przetoczonéj krwi w jamie brzusznéj się nie napotykał, zkąd wyrachował, że w godzinie na jeden kilogram wagi zwierzęcia przeszło 0,5 krwi się wsysa), ale na zawsze rozstrzygnął kwestyję przechodzenia czerwonych ciałek z jamy otrzewnowéj do krążenia, mikroskopijnym sposobem licząc czerwone ciałka w danéj ilości krwi, zebranéj najprzód w stanie prawidłowym używanych do tych doświadczeń psów, następnie po upuszczeniu pewnéj ilości krwi, a nareszcie po wstrzyknięciu krwi do jamy brzusznéj. Po ostatnim rękoczynie rachując w pewnych ustępach czasu czerwone ciałka krążącéj krwi, skonstatował stopniowe ich z każdą godziną przybywanie trwające dopóty, dopóki wedle makroskopijnego obrachunku wszystka wstrzyknięta krew wessaną nie została.

Wsparty na tych doświadczeniach, dowodzących istotnego choć powolnego przechodzenia żywych, nierozpadających się ciałek krwi z jamy otrzewnowéj do naczyń krwionośnych, wykonałem w przeciągu ostatnich dwóch miesięcy pięć razy przetoczenie w mowie będące w przypadkach przewłocznéj niedokrewności.

O pierwszym przypadku zdałem już w części sprawę na zebraniu zwołaném z okoliczności goszczenia w mieście naszém nestora okulistów polskich, wielce szanownego prof. Szokalskiego; ze względu na zamiejscowych kolegów jednakże pozwolę go sobie powtórzyć choć w krótkiém streszczeniu.

Przypadek I. Niewiasta, 21 lat licząca, która prócz przebyłego w 12 roku życia zapalenia okostnéj lewéj goleni, zakończonego częściową martwiną téjże kości i wypiłowaniem po 4 latach odsłoiny, nie przechodziła ważniejszych chorób; zaszedłszy w ciążę poroniła w trzecim miesiącu. Trzeciego dnia po odejściu płodu wszczęła się silnym dreszczem choroba gorączkowa, połączona z mdłościami i wymiotami bez żadnych ściśle umiejscowionych dolegliwości.

Dnia 2 marca, a 3go choroby, wieczorem przywołany na naradę lekarską, zastałem stan następujący: Osoba silnie zbudowana, bardzo dobréj tuszy, cery blado żółtawéj, apatyczna, narzeka na nudności i ból krzyża. T. 41,1, p. 120 od. 30. Wzdęty nieco brzuch pod naciskiem w dolnéj części trochę dolegliwy, macicę nad spojeniem kości łonowych wymacać można, palec wskazujący łatwo wchodzi do jamy macicznéj, z któréj wydziela się dość obfita ilość ropiastego śluzu żółtawego, niecuchnącego. Śledziona wystaje po przed liniję pachową na 5 cm., stolec zaparty od 3 dni, mocz niezbyt skąpy, ciemno-czerwonawy, mętny, zawiera białko, wałeczki włóknikowe i czerwone ciałka krwi. Rozpoznano ostre zapalenie nerek i śródmacicza, przypuszczając możliwość, że pierwsze wywołane zatorem pochodzącym z rozpadłych skrzepów w żyłach połogowéj macicy. Zalecono: *Ol. Ricin.*, *Irrigationes vaginae c. Acid. carbolic. soluto. Natr. benzoic.*, *vinum*. 3/3 ciepł. r. *39,0*—w. *40,0*. 4/3 ciepł. r. *38,5*—w. *40,2*. 5/3 ustawiczne parcie na pęcherz i odbytnicę, częste wymioty. 6/3 biegunka ustała, ciągłe wymioty. 7/3 suchy kaszel, ciepł. 38,0 do40,4. 8/3 w dolnym zrazie prawego płuca odgłos trochę przytłumiony, w małym obrębie dźwięczne drobnobańkowe rzężenia: *Pleuropneumonia embolica*. Zalecono: *Camphor. c. Acid. benzoic.* 9/3 Lewy staw barkowy i biodrowy bardzo bolesne, nieco nabrzękłe, biegunka wraca. Zalecono: *Collodium jodoform.* na okolicę stawów zajętych. 10/3 ciepł. 37.8 —40.8, białkomocz ustał, wieczorem dreszcz, biegunka. 11/3 prawy staw barkowy zajęty, ciepł. 41,1—39,6. 12/3 zajęcie lewych stawów ustępuje. 14/3 wymioty i biegunka na nowo powstają. 15/3 wielki upadek sił, żadnych dolegliwości. 17/3 wielkie poty, osłabienie ciepł. 38,0—40,1. 19/3 pod wieczór lekki dreszcz ciepł. 38,2—38,5. 20/5 silniejszy dreszcz, po lewéj stronie klatki piersiowéj kłócie, kaszel większy. 22/3 dreszcz, ogromne poty, ciepł. 38,9—39,3.

Odtąd codziennie pod wieczór dreszcz, po nim obfity pot. Chora leży nieruchoma, oddaje mocz i kał pod siebie, kaszel i biegunka nie ustają, tętno ledwo wymacalne 160 na m., oddech płytki do 40 razów na m., wychudnienie okropne, twarz szaro-żółtawa, zaostrza się coraz bardziéj, t. 37,2 do 39,8. 31/3. W obec niczém nie dającego się powstrzymać wycieńczenia, zagrażającego lada chwila śmiercią, przetoczyłem rano do jamy otrzewnowéj około 500 gr. odwłóknionéj krwi za pomocą przyrządu lejkowatego, osadzonego na igle weterynaryjnéj strzykawki Pravaza. Gdy jednak krew przez igłę nie przechodziła, na prędce w braku odpowiedniego do cewki kauczukowéj trójgrańca trzeba było się uciec do trójgrańca Flourensa. Odczyn po rękoczynie mało znaczny, cieplota wieczorna opadła o 0,9, tętno jednak nie zmienione 160. 2/4 Oczy choréj dotąd mdłe nabierają życia, wyraźna odzywa się euphoria, p. 140, biegunka znów większa c. 38,2—37,5. 3/4 chora dotąd jakby bezwładna, już się sama poruszać może, po danéj wieczorem kąpieli całą noc bez chloralu przespała; biegunka trwa jednak. 5/4 tętno pełniejsze 130. 7/4 dreszcz, większy kaszel, możliwe znów badanie płuc wykazuje w tyle na dole po obu stronach głośne drobnobańkowe rzężenia, po prawéj stłumienie c. 37,0 — 39,1. 8/4 wieczorem dreszcz, prawy staw barkowy znów boleśnie obrzmiewa. c. 38,4—38,1. 9/4 c. 38,2—37,9. 10/4 37,8—37,8 chora się czuje nie zle, lekka chrypka, po prawéj stronie wysięk opłucny do *angul. scapulae* sięgający. 11/4 c. 37,5 — 39,3 chora nie narzeka na nic prócz wielkiego osłabienia, ale niedokrewność jeszcze uderzająca.

Nie spodziewając się w takim stanie rychłego wessania tak znacznego wysięku opłucnowego, przetoczyłem ponownie 500 grm. krwi do jamy brzusznéj za pomocą cienkiego trójgrańca, używanego do przekłócia puchliny moszen (*hydrocele*).

Tym razem odezwał się w brzuchu naokoło miejsca przebitego i poniżéj dość znaczny ból, świadczący o lekkiém obrażeniu otrzewny, przez kilka dni trwający, który zimnemi okładami brzucha i pod skórę wstrzykiwanem morfinem uśmierzano.

Chora spała mimo to całą noc dobrze i tętno po raz pierwszy spadło na 120 uderzeń w minucie. 12/4 t. 37,0 do 37,3. 14/4 podniosła się ciepłota znowu do 38,2 wieczorem, jak się zdaje, z powodu zapalnego odczynu odleżyny wytworzonéj ponad tylnym prawym kolcem biodrowym. 17/4 w nocy ogromne poty, wysięku opłucnowego wyśledzić już nie można. 20/4 lewe kolano znów boli i lekko obrzmiało, następnego jednak już dnia po napędzlowaniu kleiną jodoformowę sklęsło. Od dnia 21/4 utrzymywał się już stale stan bezgorączkowy, nieżyt tylko oskrzeli w dolnych częściach płuc i wielka niedokrewność bardzo zwolna przy podawaniu żelaza z chininem ustępowały, tak że chora dopiero dnia 14 b. m. wyleczona zakład opuścić mogła.

Jest to przypadek chorobowy, którego nie można inaczéj uważać jak za ropnicę połogową z lokalizacyjami w nerkach, płucach, stawach i jelitach, z gorączką trwającą 7 tygodni i wycieńczeniem ustroju, dochodzącém do najwyższego stopnia. Prostracyja, w jakiéj się chora znajdowała w trzecim tygodniu choroby, szczególnie w obec nie ustającéj biegunki, zdawała się urągać wszelkim skrzepiającym środkom. Widoczny zwrot ku lepszemu, jaki nastąpił w kilka dni po pierwszém przetoczeniu, nie da się żadną miarą tłumaczyć jakoby przesileniem sprawy chorobowéj, ponieważ i potem jeszcze ponowne, choć słabsze, zachodziły jéj złogi, jeno doraźném dostarczeniem odżywczego materyjału, który odporną siłę ustroju ku dalszemu zwalczaniu chorobotwórczych istot dźwignął.

Ten sam zbawienny skutek dał się poznać i po drugiém przetoczeniu, gdzie tętno spadło na 120 uderzeń a spory wysięk opłucnowy usposobił się do nadspodziewanie rychłego wessania. Przy największéj więc skrupulatności w ocenianiu środków leczniczych nie podobna oprzeć się przypuszczeniu, że w tym przypadku przetoczenie krwi stanowczo przyczyniło się do ocalenia choréj od śmierci.

Przypadek IIgi tyczy się niezamężnéj Stanisławy Zwierskiéj, 25 lat wieku liczącéj, która od dwóch lat dotknięta bleduicą ustawiczne cierpiała nerwobóle w rozmaitych pniach nerwów rdzeniowych, mianowicie karko-potylicznych, podbrzusznych, udowych, skutkiem czego od ½ roku zupełnie niezdatną była do pracy. Miesiączka przebiegała bardzo nieregularnie, już to przyspieszając toru, już to ustawając całemi miesiącami i zmieniając się z białemi upławami. Często pojawiały się kurcze hysteryczne i wymioty z nieznaczną ilością krwi. Niedokrewność i wraz z nią cały szereg zboczeń nerwowych, podniecany, jak podejrzywano, nałogowym samogwałtem, opierał się w przeciągu trzechmiesięcznéj szpitalnéj kuracyi wszelkim możliwym środkom leczniczym jako to kąpielom, natryskom, przetworom żelezistym, arsenowi, bromkowi potasowemu itp. Dnia 16go maja wstrzyknąłem więc do jamy brzusznéj 550 gramów krwi. Nadzwyczaj wrażliwa chora już przy przekłóciu ściany brzusznéj cieńkim trójgrańcem dużo narobiła wrzasku i przez kilka dni narzekała na silny ból brzucha naokoło przebitego miejsca. Dnia następnego po przetocze-

niu ciepłota podniosła się do 38,5 a w jasnym moczu ukazało się trochę białka. Trzeciego dnia ciepłota wróciła do prawidłowego stanu, białkomocz znikł, piątego dnia przestała chora narzekać na ból brzucha i odtąd choć bardzo powolne ale nie bywałe przedtém zaczęła robić w zdrowiu postępy. Hysteryczne kurcze i wymioty ustały, rzadko kiedy tylko odzywał się lekki ból w lewém podbrzuszu, chora nabierała coraz lepszéj cery, ostatnia miesiączka przyszła już w prawidłowym czasie, odkąd chora zupełnie wolną jest od wszelkich dolegliwości, a odzyskawszy teraz łaknienie i znosząc lepiéj żelazo coraz daléj postępowała na drodze wyzdrowienia. Czując jeszcze pewną niemoc prosiła mnie niedawno temu, czybym nie zechciał jéj jeszcze raz trochę wpuścić krwi, od któréj tak korzystnéj doznała zmiany w swojém zdrowiu. Okazało się to jednak zbyteczném, bo właśnie przed kilku dniami zdrowa z zakładu wypuszczoną została. Reakcyja po rękoczynie w tym przypadku była silniejszą niż w pierwszym, co może przypisać wypada wygórowanéj nadczułości osoby; nadto uwagi godném jest pojawienie się białkomoczu, w dotychczasowych doświadczeniach przetoczenia tak u zwierząt jak u człowieka jeszcze niepostrzeganego. Nie zapuszczając się w wytłumaczenie ostatniego zjawiska, śmiem tylko nawiasowo napomknąć, czy ono czasem nie zostało wywołane wstrzyknięciem zbyt wielkiéj ilości krwi, bo 550 gm., tj. dorażném przeładowaniem naczyń brzusznych białkiem wstrzykniętéj krwi, tak że część onegoż w nerkach przesączać zaczęła do kanalików moczowych.

(Dokończenie nastąpi).

II. Przyczynek do przeciwgnilnego wypiłowania stawów, mianowicie wypiłowania stawu kolanowego w gruźlicy stawowéj.

Napisał **Dr. Rydygier.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28.)

Przypadek 6ty. Ross Gustaw, 22 lat liczący, syn chałupnika, przybył do kliniki dnia 31 marca 1880 r. Ojciec umarł, matka cierpi na chorobę płucną, dwoje rodzeństwa zdrowe. Dotąd zdrowy, dopiero w 13 czy 14 roku życia swego doznał stłuczenia kolana prawego, które poczęło go boleć przy chodzeniu i obrzmiewać. Od 3ch lat chodzi o kuli, od tegoż czasu kolano poczęło sztywnieć i coraz więcéj boleć.

Badanie dnia 31 marca 1880. Chory dość dobrze odżywiony, silnie zbudowany, ale blady. Płuca zdrowe; niedomykalność zastawki dwudzielnéj. Odnoga dolna prawa schudła, w kolanie cokolwiek zgięta i obrzmiała, chełbotania nie ma; ruchy bierne w bardzo małych rozmiarach możebne. Obwód chorego kolana prawego: nad rzepką 39 cm., w środku 40,5 cm., pod rzepką 35,0 cm. Obwód zdrowego kolana lewego: nad rzepką 37 cm., w środku 37,5 cm., pod rzepką 32,5 cm. Długość całéj odnogi choréj 89 cm., odnogi zdrowéj 90 cm., skrócenie więc wynosi 1 cm. przed operacyją. Osteofon wykazuje wyraźną różnicę pomiędzy odgłosem kości kolana chorego a zdrowego.

Dnia 1 maja 1880 wykonał kol. Dr. Wehr wypiłowanie stawu chorego w podobny zupełnie sposób, jak w poprzednich przypadkach. Nie używał w tym przypadku opaski Esmarcha; przepiłowanie kości nastąpiło w trzonie.

Preparat okazuje: Wysokość wypiłowanéj części kości udowéj przy kłykciu wewnętrznym 6 cm., przy kłykciu zewnętrznym 5 cm. Wypiłowana część kości goleniowéj w najgrubszém miejscu 2,5 cm. Ognisko kostne: Pomiędzy kłykciami w środku kości miejsce zmiękczone wielkości orzecha laskowego, tkanka kostna przekrwiona i rozrzedzona. Na wysokości kłykcia wewnętrznego kości udowéj jamka wielkości bobu wypełniona ziarniną, łączącą się z resztą ziarniny pokrywającéj cały kłykieć, pod nią chrząstka zniszczona. W tylnéj części kłykcia zewnętrznego niedaleko powierzchni stawowéj znajdujemy sekwestr wielkości grochu; leży w jamce wyłożonéj błoną ropną o ścianach skostniałych. O ile badanie wykazuje, jamka ta nie ma otworu na zewnątrz; jest więc nasz preparat wybitnym przykładem, jak trudno czasem wykryć ognisko kostne. Bujna wodnista ziarnina pokrywa całą powierzchnię stawową, zupełnie zniszczyła chrząstki i wypełnia także recessus; w niéj liczne gruzełki postrzegamy.

Przebieg pooperacyjny był dobry, z wyjątkiem małego podwyższenia ciepłoty w pierwszym tygodniu bezgorączkowy; wydzielina nieznaczna. 5 opatrunków do zupełnego zabliźnienia ran, zdjęcie gipsu; boczna szyna zamówiona. Nieznaczna ruchomość w stawie wypiłowanym. Długość odnogi wypiłowanéj od krętarza wielkiego do kostki zewnętrznéj 77 cm. Długość zdrowéj w tychże rozmiarach 85,5 cm., skrócenie wynosi więc 8,5 cm., mimo to chodzi chory po kilkudniowych ćwiczeniach bez podwyższonego napiętka bardzo dobrze z szyną boczną. Odnoga zupełnie prosto ustawiona; nieznaczna ruchomość w stawie wypiłowanym w ostatnim czasie już się zmniejszyła.

Przypadek 7my. Wester Emma, 26 lat licząca, córka mieszczanina, przyjęta dnia 19 kwietnia 1880. Chorób dziedzicznych mianowicie płuc w rodzinie nie ma; rodzeństwo żyje, zdrowe. Nasza chora w 3cim roku po urazie dostała zapalenia stawu kolanowego, po którém pozostało zesztywnienie odnogi zgiętéj. Od tego czasu chodzenie zawsze było utrudnione, a już od 15 roku tylko o kulach chodzić mogła. W 1875 r. przebyła zapalenie ropne w stawie skokowym lewym po nadwerężeniu odnogi przy wchodzeniu na schody; po tém zapaleniu pozostała sztywność stopy w położeniu kopyto-szpotawém. Przed kilku tygodniami upadła chora: rozległe wynaczynienia podskórne, świeże podrażnienie w kolanie z bólami ustającemi po założeniu opatrunku gipsowego i okładaniu lodem. Chora znudzona wiecznie chorą odnogą przychodzi do nas, z żądaniem odjęcia takowéj.

Badanie dnia 19 kwietnia 1880. Chora dość silnie zbudowana, choć nadzwyczajnie blada. Narządy wewnętrzne zdrowe. Lewa odnoga dolna chudsza i krótsza, w kolanie zagięta pod kątem 110—120°; okolica stawowa zgrubiała; skóra na podudziu zabarwiona wynaczynioną krwią; stopa kopyto-szpotawa, cokolwiek nabrzmiała, dotyka podstawą palców ziemi. Kłykieć wewnętrzny kości udowéj sterczy ku wewnątrz; podudzie około osi podłużnéj wykręcone ku zewnątrz, tak iż główka piszczeli leży już w dole podkolanowym, a stopa palcami wykręcona na zewnątrz. Rzepka nieruchoma leży na kłykciu zewnętrznym kości udowéj. Ruchy w stawie kolanowym zupełnie nieznaczne, w skokowym ograniczone. Długość całéj odnogi lewéj 72,5 cm., długość całéj odnogi prawéj 78 cm., skrócenie przed operacyją wynosi więc 5,5 cm., obwód w kolanie lewém 36,5 cm., obwód w kolanie prawém 35 cm., obwód łydki lewéj 29,5 cm., obwód łydki prawéj 35. Odpowiednio do stanu opisa-

nego zaproponowaliśmy chorėj wypiłowanie stawu kolanowego i skokowego, na co téż chora ostatecznie przystała.

Dnia 26 kwietnia 1880 wypiłowałem na jednėm posiedzeniu staw kolanowy zupełnie, a staw skokowy częściowo. Najprzód wykonałem częściowe wypiłowanie stawu skokowego. Po nacięciu skóry nad kostką zewnętrzną pod kątem zwyczajnym oddzieliłem od niéj podważką okostnę i u podstawy przeciąłem dłutem i młotkiem skośnie od zewnątrz ku wewnątrz całą kostkę zewnętrzną. Po wyjęciu kostki i rozerwaniu zrostów za pomocą gwałtownych ruchów i noża udało się stopę pod prawym kątem do podudzia ustawić. Teraz pokryliśmy tymczasowo ranę gazą Brunsa, a następnie wypiłowałem staw kolanowy zwyczajnym naszym sposobem, opaski Esmarcha nie założyłem. Oprawa przeciwgnilna; ułożenie odnogi w szynie blaszanéj w okolicy kolana i stawu skokowego blachę zastąpiono wygiętém żelazem, deseczka do stopy.

Na preparacie wypiłowanego stawu kolanowego widzimy: Wysokość wypiłowanéj części kości udowéj przy kłykciu wewnętrznym 4,5 cm., przy kłykciu zewnętrznym 2,3 cm. Wysokość wypiłowanéj części kości goleniowéj w najgrubszém miejscu 1,8 cm. Ognisko kostne: Od środka powierzchni przepiłowania kości udowéj do kłykcia zewnętrznego ropień wielkości orzecha laskowego ograniczony ścianami kostnemi, stwardniałemi; graniczy z nim równie wielkie ognisko zmiękczone, zabarwione starszą wybroczyną krwi. Na kłykciu zewnętrznym kości goleniowéj odpowiada powyżéj opisanym zmianom głębsze zniszczenie powierzchni stawowéj. Obfita ziarnina wodnista; chrząstka stawowa po większéj części zniszczona; zniszczenie na powierzchni stawowéj rzepki tak głęboko sięga, że rzepka na tém miejscu prześwieca. Gruzełki spostrzegamy tak w ognisku kostném, jako i w ziarninie. Kłykieć zewnętrzny kości udowéj znacznie mniejszy, niż prawidłowy. Na preparacie wypiłowanego stawu skokowego nie widać nic godnego uwagi.

Przebieg pooperacyjny wyborny, zupełnie bezgnilny: bez gorączki z wyjątkiem 3 dnia, gdzie ciepłota podskoczyła na 38,3°, ale zaraz na drugi dzień na prawidłową spadła. Pod 3 oprawami w przeciągu 43 dni całe rany *per primam* zupełnie się zagoiły tak, iż mogliśmy szynę odjąć. Dnia 14 czerwca 1880 założyliśmy lekki opatrunek ze szkła wodnego, w którym chora poczęła chodzić (obawialiśmy się z powodu podwójnego wypiłowania pozwolić chorėj tylko z szyną boczną chodzić). Odnoga zupełnie prosto ustawiona; mała ruchomość w stawie kolanowym i skokowym, podudzie lekko nabrzmiałe, skrócenie wynosi 12 cm. Długość odnogi zdrowéj 78 cm., długość odnogi chorėj 66 cm., mierzona od krętarza wielkiego do kostki zewnętrznéj. Mimo to chora wcale nie źle chodzi i bez zewnętrznie podwyższonego napiętka, wystarcza zupełnie podkładka w trzewiku.

Przypadek 8my. Samuel August, 20 lat liczący, szewc, przybył dnia 7 kwietnia 1880. Rodzina i rodzeństwo zdrowi; chorób płucnych nie ma we familii. Po urazie (upadł) powstało zapalenie ropne stawu kolanowego, a późniéj utworzyły się przetoki i odnoga skurczyła się w kolanie: zgięcie coraz się powiększało, aż doszło do prawego kąta, a chory już od 8 lat o kulach chodzi.

Badanie 7 kwietnia 1880: chory nie zbyt silnie zbudowany; serce i płuca zdrowe. Odnoga dolna lewa chudsza, o 8 cm. krótsza niż prawa, pod kątem prawym w kolanie zagięta. Trzon kości udowéj nieco więcéj niż prawidłowo, łukowato z wypukłością ku przodowi wygięty. Piszczel o połowę cieńsza; całe podudzie zanikłe, bardzo ku tyłowi nadwichnięte w osi podłużnéj na zewnątrz nieco skręcone, tak iż główkę piszczeli wyczuć można od zewnątrz w zagłębieniu podkolanowém. Długość stopy prawéj zdrowéj 28 cm., długość stopy lewéj chorėj 22 cm. Na stronie wewnętrznéj i zewnętrznéj stawu kolanowego blizny.

Dnia 9 kwietnia 1880 próbował Dr. Wehr pod chloroformem porozrywać zrosty przez wyciąganie i spychanie kłykciów kości goleniowéj ku przodowi przy równoczesnych ruchach wyprostnych i zginających, oraz nacięciu silnie naprężonego m. dwuglowego. Opatrunek gipsowy. Dnia 24 kwietnia 1880. Zdjęcie opatrunku gipsowego. Zagłębienie od przodu w okolicy *tuberositas tibiae*, świadczące, że wyprostowanie o kilkanaście stopni odbyło się w kłykciach kości goleniowéj; kolano sterczy naprzód w skutek bardzo znacznego nadwichnięcia kłykciów goleniowych ku tyłowi.

Dnia 27 kwietnia 1880 wypiłował kol. Dr. Wehr staw chory sposobem Mannego (*cfr. Ried: Die Resectionen der Knochen pag. 420*), w Krakowie przez prof. Bryka używanym; płat skórny zwykły, przepiłowanie i wyjęcie kości bez otworzenia stawu; przepiłowanie uskuteczniono w trzonie. Okostnę przepiłowanych kości połączono 2 szwami katgutowemi. Przed operacyją założono opaskę Esmarcha; zresztą oprawa i leczenie pooperacyjne nie różniło się w niczém od poprzednich przypadków.

Na preparacie widzimy: Wysokość wypiłowanéj części kości udowéj przy kłykciu wewnętrznym 5 cm., przy kłykciu zewnętrznym 3 cm. Wysokość wypiłowanéj części kości goleniowéj na najgrubszém miejscu 2,6 cm. Ognisko kostne: W kłykciu zewnętrznym miejsce wielkości orzecha laskowego rozmiękczone, mniejsze w kłykciu zewnętrznym kości goleniowéj z wypustkami zatokowatemi. Rzepka do kłykcia zewnętrznego uda włóknisto przyrośnięta. Chrząstka stawowa zniszczona prawie zupełnie przez obfitą ziarninę, w któréj gruzełki widać; tylko na kłykciu wewnętrznym uda małe miejsce nietknięte. Kłykieć zewnętrzny znacznie mniejszy, niż prawidłowo.

Przebieg pooperacyjny dobry z wyjątkiem małéj przeszkody: około 15 dnia po operacyi utworzyło się w okolicy główki piszczelowéj obrzmienie ciastowate i bolesne; w skutek tego podniosła się ciepłota przez kilka dni do 38,2—38,3; raz nawet wieczorem na 39,1 po wydzieleniu się kilku strzępów tkanki napowrót do normalnéj wróciła. Rana zupełnie się zagoiła pod 5 oprawami przeciwgnilnemi w przeciągu 38 dni; mała ruchomość w stawie wypiłowanym pozostała. Skrócenie wynosi teraz po operacyi 15 cm., mimo to chory z boczną szyną przy kiju i z podwyższonym napiętkiem wybornie chodzi. Rozumie się, że cała odnoga pozostała, jak była, zanikłą; oto wymiary: Obwód w środku uda po stronie lewéj 39, po stronie prawéj 42, obwód w kolanie po stronie lewéj 33,5, po stronie prawéj 36, obwód w łydce po stronie lewéj 23,5, po stronie prawéj 32, obwód nad kostkami po stronie lewéj 24, po stronie prawéj 27, długość stopy po stronie lewéj 22, po stronie prawéj 28.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Bolesław Skórczewski: **Dyjetetyka kąpielowa czyli nauka jak zachować się należy podczas leczenia w zdrojowiskach.** Warszawa 1880 r. Cena 1 Rub. 20 kop. = 1 złr. 50 kr.

Leczenie w zdrojowiskach nie tylko polega na samém piciu wód i używaniu kąpieli, ale ważną téż przy niém od–

grywa rolę zachowanie się, które jeżeli nie jest odpowiednie, opaźnia a nawet niweczy skuteczność leczenia zdrojowego, obowiązkiem więc jest lekarzy wskazać chorym jak się przy kuracyi zdrojowéj zachowywać mają. Trudny obowiązek udzielania wskazówek odpowiedniego zachowania się w każdym pojedyńczym przypadku przy leczeniu w zdrojowisku ciąży na lekarzach kąpielowych. Aby im ułatwić zadanie, autor powziął myśl skreślenia popularnie wskazówek odpowiedniego zachowania się, aby leczący się nie potrzebowali ciągle odnosić się do lekarzy. Jestto więc książka dla inteligentnéj publiczności nielekarskiéj, oparta jednak na zasadach fizyjologii i medycyny i dla tego o niéj wspominamy. Autor podaje w niéj najpierw dokładny opis fizyjologicznych czynności ustroju, przy czém zwraca téż uwagę na ich zboczenia, poczém rozbiera środki lecznicze działające podczas leczenia zdrojowego (picie wód i kąpiele) a nakoniec przechodzi do właściwéj dyjetetyki kąpielowéj, w któréj rozbiera szczegółowo wszystko to, co może dobrze lub źle wpływać na postęp leczenia. Autor uwzględnił w dziełku swém najnowsze prace z dziedziny dyjetetyki lekarskiéj, książka więc jego daje obraz dzisiejszych pojęć w tym przedmiocie. Aczkolwiek nie każdy może lekarz zgodzi się z wielu zapatrywaniami w dziełku tém podanemi, bo doświadczenie czego innego może go pouczyło, to przecież całość stanowi bardzo odpowiednią książkę dla udających się do zdrojowisk, a dla tych właśnie książka ta jest przeznaczoną i będzie zapewne przez nich mile przyjętą, bo znajdą w niéj radę we wszelkich wątpliwościach co do zachowania się, wyjaśnienie wielu objawów czego zwykle tak pragną, a któremu to pragnieniu lekarze zdrojowi nie zawsze zadość uczynić mogą, bądź to dla braku czasu, bądź téż dla braku pośród publiczności nielekarskiéj wstępnych pojęć o czynnościach fizyjologicznych ustroju. Język poprawny a styl gładki przyczynią się zapewne do tém większego rozpowszechnienia się téj książki. *K. Gr.*

Prof. Manz: **Przypadek ślepoty hysterycznéj połączonéj z zézowaniem zbieżném.**

Autor opisuje przypadek, który przez czas dłuższy obserwował, a który miał wiele podobieństwa do astenopii u hypermetropów (wliczając już w to i zezowanie zbieżne, które wprawdzie w przeciągu jednego dnia wystąpiło, lecz nie powstało w skutek porażenia mięśnia. Z przebiegu choroby jak i z rezultatów leczenia przyszedł aut. do przekonania, iż zmiany w oczach odnosić należy do hysteryi, która jak już z opisów Charcota, Landolta, Schenkla, Förstera i najnowszych Rosenthala (*Mediz. Presse* 1879) wynika, jest w pewnych przynajmniéj przypadkach przyczyną przemijającego niedoślepu nawet i wysokiego stopnia, daléj przyczyną częściowego barwoślepu, upośledzenia i osłabienia akomodacyi, nie mówiąc już o nerwobólach w obrębie rozgałęzień nerwów rzęskowych i trójdzielnego.

W krótkości podamy to, co najważniejsze z przebiegu bardzo długo trwającéj choroby: młoda guwernantka, wątłéj budowy, zézuje okiem prawém na wewnątrz i uskarża się na bóle głowy, zarazem twierdzi, iż od dni kilku widzi niektóre przedmioty podwójnie. Wywiady wykazują, iż chora jest bardzo nerwową i ciągle cierpiącą (hysteryja). Rozpoznanie brzmiało: *Paresis abducentis dextri.* Kilka dni później zézuje chora w wysokim stopniu na wewnątrz, ale zwrotność oka wcale nie jest zmniejszoną. Liczy palce na kilka stóp, pole widzenia zewsząd ścieśnione, źrenice są zwężone, obraz wziernikowy prawidłowy, wziernikiem oznaczono refrakcyję oka i znaleziono niski stopień myopii. Tętno nieregularne (*Pulsus bigeminus*), znaczne bóle głowy, bezsenność. Brak gorączki wyklucza zapalną sprawę śródczaszkową, przyczyna choroby bliżéj określić się nie daje, w każdym jednak razie pewną jest rzeczą, iż pierwotne rozpoznanie było mylne. Zalecono chloral, moczenie nóg, poczém chora dobrze spała. W kilka dni już stan choréj jak i zwrotność oka prawego poprawiły się, bóle głowy mierne, bystrość wzroku na oku lewém do tego stopnia się poprawiła, iż chora rozpoznawała większe litery. Prawém okiem widzi zawsze tylko palce na kilka stóp. Twierdzi, że tém okiem widzi palącą się świecę dokładnie na jeden metr, w dalszéj zaś odległości czerwono i otoczoną długiemi promieniami, a tém niewyraźniéj, im daléj. Coś podobnego choć nie w tym samym stopniu znaleziono także na oku lewém. Teraz rozpoznał Manz skurcz mięśnia akomodacyjnego i z tymże w związku pozostający *Strabismus convergens spasticus.* Chociaż ani za pomocą szkieł, ani za pomocą atropinu nie można było wykazać skurczu mięśnia akomodacyjnego, przecież tłumaczenie powyższe zdawało się M. najprostszém, bo tłumaczyło wszystkie objawy chorobowe, tak zézowanie jak i skurcz, jak i niedoślep.

Przyczyną zaś prawdopodobną skurczu była anemija ośrodków mózgowych jako jeden z objawów histeryi. Anemija powstać mogła w skutek skurczu mięśni naczyń mózgowych (zadraźnienie nerwów naczynioruchowych). Niedokrewność zaś ośrodków mózgowych może wywołać tak objawy porażenia jak i objawy zadraźnienia.

Z powodu niedoślepu wstrzykiwano najsamprzód strychnin, ale bez skutku. Późniéj zadano chinin i żelazo. Bystrość wzroku polepszyła się aż do $^1/_5$; w odległości 1·5 stopy widziała przedmioty pojedyńczo. W dalszym przebiegu choroby dostała chora kilka razy histerycznych napadów, kurczów mięśni karku i grzbietu, kilka razy nawet z utratą przytomności i znaczném upośledzeniem wzroku. Po napadach występowały silne bóle głowy. Zbieżność i akomodacyja zdawały się pozostawać w związku z upośledzeniem wzroku, gdyż po napadach zézowanie było znaczniejsze a akomodacyja nadwerężona, lecz pomimo to nie można było zmiany téj uważać za czystą astenopiję, a to z tego powodu, że niedoślep bardzo wysokiego stopnia utrzymywał się nawet wtenczas, kiedy chora wcale nie akomodowała. Po 2 miesiącach chora opuściła klinikę z $S^6/_{18}$ a na drugi już dzień zgłosiła się z zézem zbieżnym i niedoślepem obuocznym wysokiego stopnia. Choroba znowu trwała kilka miesięcy, przebieg był bardzo podobny do powyżéj opisanego, tylko, że teraz spostrzegano także znieczulenie w obrębie pierwszéj i drugiéj gałęzi nerwu troistego. Później jeszcze kilka razy choroba się powtarzała i po jakimś czasie ustępowała.

Manz przypuszcza, iż tu miał do czynienia z chorobą mózgu, ktora oprócz innych objawów wywołała także zmiany chorobowe w oczach. Na czém właściwie polega ta choroba mózgu, trudno ściśle oznaczyć, znaczyłoby to, jak się autor wyraża: „odkryć i zbadać istotę hysteryi". Zdaje mu się jednak, iż się umiejscowienie choroby da oznaczyć. Fizyjologija i anatomija wykazują pewne miejsca w mózgu, gdzie włókna nerwów mięśni ocznych obok siebie przebiegają. Według tego trzebaby szukać siedziby choroby w środkowéj części mózgu. Idąc za zdaniem Munka i Rosenthala możnaby w patologicznych zmianach kory mózgowéj szukać

przyczyny upośledzenia wzroku. W takim atoli razie nie możnaby wytłumaczyć wszystkich objawów chorobowych wyżéj przytoczonych. (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 2 i 3 z r. 1880). *Dr. E. Machek.*

O odruchach ścięgnistych. Podług wykładu tegorocznego Prof. Charcota.

Wprowadzenie badania odruchów ścięgnistych do symptomatologii chorób mózgowordzeniowych należy do nader cennych nabytków newropatologii nowoczesnéj.

Westphal, późniéj Erb, był pierwszym z badaczy, który odruchy ścięgniste klinicznie i teoretycznie zbadał i spożytkował w celach rozpoznawczych. Należąc do stanu fizyjologicznego, gdyż podług Bergera brak ich raz na sto, a u noworodków są nader wybitne w pierwszych kilku dniach życia, odruchy ścięgniste stają się cenną skazówką w rozróżnianiu chorób mózgu i rdzenia, kiedy są słabe lub znikają, oraz kiedy są łatwe do wywołania i występują w ruchach silnych. Najwięcéj zbadanym, najłatwiéj dającym się wywołać i najskładniéj nadającym się do badania, jest odruch rzepkowy. Zamierzając go wywołać należy ująć ręką lewą pod kolanem nogę chorego i tak podtrzymywaną uderzyć łokciowym brzegiem pięści prawéj, lub jeszcze lepiéj młotkiem Skody w środek ścięgna, tuż pod rzepką; niezwłocznie po uderzeniu podudzie chorego wyprostowuje się, podnosi się raptownie i wreszcie opada; przy zwiększonéj odruchliwości po jedném uderzeniu następuje nie jedno lecz kilka drgnień. Odruch rzepkowy wtenczas nabiera znaczenia semijotycznego, kiedy zupełnie znika lub znacznie słabnie, jak to ma miejsce w *ataxia locomotrix progressiva, polyomyelitis anterior acuta et chronica*; lub też kiedy występuje nader silnie, jak np. przy *paralysis spasmodica*. Jak to już sama nazwa wskazuje, objaw ścięgnisty, o którym mowa, należy do odruchów i to do rdzeniowych; na tę myśl wpadł Erb spostrzegłszy, że jednocześnie z odruchem rzepkowym odbywa się ruch przywodzący uda przeciwnego; ten sam autor opisuje jednego chorego, u którego przy porażeniu obu odnóg dolnych w skutek ucisku rdzenia, odruch rzepkowy był zupełnie zniesiony, a z odzyskaniem sił w odnogach porażonych wystąpił ponownie; pomimo woli nasuwa się myśl, że odruch rzepkowy ma swą siedzibę w rdzeniu, i że naruszenie ciągłości tego narządu paraliżuje go. Podług spostrzeżeń Nothnagla, stwierdzonych przez Erba, podrażnienie pewnych okolic oddalonych od kolana, powstrzymuje odruch rzepkowy, np. szczypanie skóry brzucha, przepuszczanie prądu silnego przez nogę drugą itd., słowem widzimy te same objawy tamowania, które już dawniéj spostrzegali fizyjologowie, badając rozmaite warunki odruchów rdzeniowych na zwierzętach. Gdyby jednak zachodziło jakiekolwiek wahanie się w przyznaniu przyrody odruchowéj objawom ścięgnistym, o których mówimy, doświadczenia fizyjologiczne usuwają wszelką wątpliwość. Już Fürbinger i Schultze przekonali się, że odruchy ścięgniste należą u zwierząt do objawów prawidłowych, że ustają one po przecięciu rdzenia pacierzowego. Praca Czyrijewa wyświeca tę sprawę wszechstronnie: część rdzenia, któréj całość jest niezbędną dla powstania ścięgnistych, odruchów znajduje się u królika między 5 a 6 kręgiem lędźwiowym, nacinania rdzenia poniżéj i powyżéj rzeczonego miejsca dowodnie o tém przekonywają; Krause w swéj anatomii królika utrzymuje, że między 5 a 6 kręgiem lędźwiowym biorą początek korzenie 6 pary lędźwiowéj, stanowiące przeważną część nerwu udowego (*cruralis*); po przecięciu korzeni przednich lub tylnych 6 pary odruch rzepkowy ustaje obustronnie, przy przecięciu samych korzeni przednich lub samych tylnych odruchy ścięgniste odnogi dolnéj ustają po jednéj stronie; poszukiwania Sachsa wykazały, że na granicy części ścięgnistéj z mięsistą mięśnia trójgłowego uda znajdują się gałązki nerwu dośrodkowego; owóż podrażnienie tych gałązek przez uderzenie ścięgna udziela się rdzeniowi drogą korzeni czuciowych 6 pary, następnie od istoty szaréj przenosi się do korzeni ruchowych 6 pary, będących główną składową częścią nerwu udowego.

Po takiém wyjaśnieniu anatomiczném i fizyjologiczném odruchów ścięgnistych, a szczególnie odruchu rzepkowego, spożytkowanie takowych na rzecz kliniki jest genijalnym pomysłem i cennym nabytkiem. *A. Kwaśnicki.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) Dr. Fürri gorąco zaleca leczenie płonicy powietrzem; osobiście autor leczył 8 przypadków tą metodą; choroba przebiegała złośliwie, po większéj części towarzyszyła jéj błonica połyku, tętno uderzało 150—170 na minutę, a ciepłota wynosiła 40°—40·5°. Chorzy (od 3 do 10 lat) nie przebywali w łóżku, w dzień wodzono dzieci lub noszono po powietrzu, a w nocy przy otwartych oknach chorzy sypiali w dzienném ubraniu pod najlżejszém przykryciem. Przy stósowaniu téj metody ciepłota u wszystkich chorych spadła do stopnia fizyjologicznego między 4 a 6 dniem, tętno uregulowywało się, chorzy nietylko nieczuli żadnych przykrości podmiotowych, nie tylko żaden z nich nie uległ cierpieniom zapalnym lub gośćcowym, ale wszyscy prędko wyzdrowieli bez tych groźnych powikłań, które płonica za sobą sprowadza. Fürri nie polecał swym chorym żadnego przetworu aptecznego, nawet przeciw błonicy. Jednocześnie autor leczył 4 przypadki płonicy metodą zwykłą w skutek wyraźnego życzenia rodziców; przebieg był nader złośliwy, i 2 chorych utraciło życie.

Wracz przytaczając powyższe doświadczenia Fürrego czyni mu słuszną uwagę, że Dr. Kaczorowski dawniéj już stósował powietrzne leczenie i to nie tylko w płonicy, lecz otrzymał dobre skutki przy ospie, odrze, obu durach, zapaleniu płuc, nagminném zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, gośćcu stawowym itd. Lekarz poznański i Fürri doszli do jednakich wyników, dziś kiedy zawdzięczamy Pasteurowi ten pewnik, że drobnotwory żyją i plenią się tylko w pewnych granicach termometrycznych, że każdy ich rodzaj wymaga dla swego bytu sobie tylko właściwéj ciepłoty, doświadczenia powyżéj wymienionych badaczy winny być naśladowane i kontrolowane po wszystkich szpitalach.

(A. K.) Dr. Dochmann ogłasza w *St. Peterb. Med. Woch.* swe doświadczenia, które przekonywająco dowodzą, że zimnica wbrew powszechnemu mniemaniu daje się przeszczepić. Autor użył treści pęcherzyka liszaja wargowego (*hydroa labialis*) i takową rozczyniał w wodzie lub glicerynie (w jakim stósunku?); w pierwszym doświadczeniu limfa zebrana z 12-letniego chłopczyka została zaszczepioną 30-letniemu zdrowemu mężczyznie, który czwartego dnia dostał napadu zimniczego zupełnego, a następnie po pauzie dwudniowéj wystąpiły objawy niedomagania z ciepłotą 38,8°, które po kilku godzinach ustąpiły, w doświadczeniu drugiém zebrano limfę z dziewczynki, i zaszczepiono ją 3 zdrowym mężczyznom; u jednego z nich w ciągu 5 dni występowały wieczorem zupełne napady zimnicze, u drugie-

go wieczorem dnia następnego dało się uczuć podmiotowe uczucie niedomagania, trzeci nie uległ żadnym zaburzeniom. W trzeciém doświadczeniu Dochmann zaszczepił limfę zebraną z mężczyzny dorosłego dziewczynce, która uległa dwom napadom zimnicy.

(A. K.) Prof. Rossbach przyszedł do przekonania, że głównym czynnikiem etijologicznym w krztuścu jest istniejąca przy nieżycie oskrzelowym nerwica odruchowa. Autor sądzi, że pod wpływem swoistego chorobowego bodźca rdzeniowy ośrodek kaszlu zostaje nader łatwo pobudzanym, i stosując prąd stały na stos pacierzowy oraz chininu w znacznych dawkach, odniósł świetne skutki. Rossbach jest przeciwnikiem teoryi grzybkowéj krztuśca, ale nie wytłumaczył, zkąd pochodzi nagminność i zaraźliwość téj choroby, a mówiąc o „swoistym chorobowym bodźcu" zbacza na tory błędnego koła, które sprowadzają z drogi doświadczalnéj.

ss) Przeciwko owrzodzeniom brodawek sutkowych poleca Dr. Rudolphi następujące postępowanie, jak twierdzi, bardzo skuteczne. Po nakarmieniu dziecka pędzelkuje się przeczosy winem aromatyczném, po czém pokrywa się je kataplazmami owiniętemi cienkim muślinem; kataplazmy te (wielkości dłoni) składają się z świeżo przyrządzonego kleiku skrobi. Ilekroć osesek ma być karmionym, kataplazm się oddala, ranę obmywa, po czém znów pędzelkuje winem i przykłada kataplazmy. Okłady te stósuje się na zimno; mają one prawdopodobnie tylko na celu powstrzymanie przystępu powietrza do rany.

ss) Jako środek znieczulający zalecają wnowszych czasach Amerykanie Turnbull i Lewis używany dawniéj już przez Nunnelyego bromek etylowy (C_2 H_5 Br_1, cięż. gat. 1,47). Obecnie lek ten zachwalają i Francuzi. Według Terrillona (*Gazette méd.* b. r. 29 maja) płyn ten jest bardzo dobrym lekiem znieczulającym, tak co do pewności jako i szybkości działania; do użycia przy zastósowaniu termokauteru zaleca się dla tego, że płyn ten rozpylony nie zapala się w zetknięciu z ciałem rozżarzonėm; jako środek ogólnie znieczulający przez wzięwanie ma być mniéj niebezpiecznym niż chloroform, gdyż nie wywołuje nagłego ustawania ruchów oddechowych ani sercowych, szybciéj sprowadza narkozę i nie pozostawia nieprzyjemnych przypadów po obudzeniu się.

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie z dnia 25 maja 1880.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 8.

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

4) Dr. Lutostański, stosując się do życzenia Przewodniczącego Komisyi balneologicznéj, przedstawił w dłuższym wykładzie sprawę napełniania flaszek wodami lekarskiemi. Najprzód zastanawiał się nad umiejętnemi zasadami handlu wodami mineralnemi, oraz nad ustawodawstwem téj ważnéj gałęzi obrotu handlowego dotyczącém. W celu usunięcia niedostatków postrzeganych przy napełnianiu wód lekarskich prelegent wskazał i uzasadnił potrzebę:

1. Utrzymania wody w zdroju w stanie niezmienionym, a to przez zabezpieczenie jéj od szkodliwych wpływów cembrzyny, ziemi, wody gruntowéj i powietrza gruntowego, mniéj lub więcéj zanieczyszczonego, wreszcie powietrza atmosferycznego i pyłów w niém zawartych.

2. Czerpania wody podczas ustalonéj pogody, po upływie 5 lub nawet 8 dni od ostatnich przeciągłych deszczów.

3. Zastósowania ilości wody czerpanéj do dziennego przypływu wody w zdroju. Ztąd wynika potrzeba częstych pomiarów wydajności zdrojów.

4. Szczelnego zamknięcia cembrzyny zdroju dla zabezpieczenia wody mineralnéj od pyłów atmosferycznych.

Wreszcie 5. Potrzebę doborowych flaszek.

Następnie Prelegent zastanawiał się nad przyczynami psucia się, a raczéj powolniejszego lub szybszego rozkładu wód mineralnych, zwłaszcza żelezistych, do których przyczyn zaliczył: *a)* obecność ciał organicznych, *b)* obecność tlenu powietrza atmosferycznego.

Pierwsze redukują przeważnie siarkan wapniowy i dają powód do tworzenia się siarczków i siarkowodu. Działaniem zaś tlenu rozpuszczalne sole żelazawe przechodzą w nierozpuszczalne sole żelazowe, które przeważnie w postaci wodnika żelazowego lub też w postaci związków tlenniku żelaza z kwasem krzemowym, fosforowym a niekiedy i arsenowym z rozczynu się wydzielają. Tlen znajduje się nie tylko w powietrzu flaszki przez wodę wypychaném, w powietrzu zatrzymaném przez przyleganie do ścian flaszek, lub też pozostałém w szyjce flaszki, lecz także w saméj wodzie mineralnéj. Dwa istnieją dotychczas sposoby napełniania flaszek wodami mineralnemi w celu usunięcia wpływu tlenu pow. atmosferycznego: sposób Hechta i Freseniusza.

Opisawszy szczegółowo te sposoby prelegent wykazał ich niedostatki, a mianowicie:

1. Mięszanie wody w zdroju z powietrzem atmosferyczném i bełtanie téjże w skutek zanurzania w niéj znacznéj ilości flaszek.

2. Dopuszczanie do szyjki flaszek, niby w celu wypchnięcia zawartego w niéj powietrza atmosferycznego, gazu ze zdroju wydobywającego się a pozostającego pod pewném ciśnieniem w osobnym gazometrze. Gaz ten, jak Planta i Kekulé okazali, nie jest czystym kwasem węglowym, lecz składa się z azotu, tlenu i CO_2. Podczas samego dopuszczania strumienia takiego gazu lub też czystego kw. węglowego sztucznie otrzymywanego, zawsze ma miejsce wciąganie do szyjki flaszki powietrza atmosferycznego. Sposób więc ten, zwany gazowaniem wód mineralnych, w rzeczy saméj nie usuwa powietrza atmosferycznego w szyjce flaszki zawartego. Przy téj sposobności prelegent zwrócił uwagę na potrzebę rozbioru chemicznego gazów ze zdrojów wydobywających się.

3. Doskonalszy i lepszy sposób usuwania powietrza atmosferycznego z flaszek, podany przez Freseniusza, jest bardzo kosztowny, wiele czasu wymagający i nie daje się zastósować przy rozsyłce wód na sprzedaż, zwłaszcza ze zdrojów mało wydajnych.

Obydwa te sposoby nie usuwają nadto tlenu w wodzie mineralnéj rozpuszczonego. Badania Planty, Kekulégo i Husemanna nad szczawami żelezistemi szwajcarskiemi okazały, z nich zaś wnosić można o wszystkich innych wodach żelezistych, że wody tego rodzaju zawierają tlenu pochłoniętego więcéj niż potrzeba do przeprowadzenia soli żelazawych w sole żelazowe. Że zaś dotychczas za mało zwracano uwagi przy rozbiorach chemicznych na ilość rozpuszczonych i pochłoniętych przez wody mineralne składników powietrza atmosferycznego, przeto prelegent wykazał potrzebę ilościowych oznaczeń tych składników w wodach mineralnych zawartych, dla racyjonalnego napełniania flaszek wodami lekarskiemi. Jak wiadomo nie wszystkie wody żeleziste z jednakową szybkością się rozkładają. Nietrwałość wód polega na braku ciał organicznych, które są ochroną od rozkładu dla wód żelezistych (Berzelius, Lersch, Bischof).

W celu zaradzenia niedostatkom dotychczasowego napełniania wód lekarskich należy:

1. Usunąć zetknięcie powietrza atmosferycznego podczas napełniania flaszek.

2. Usunąć potrzebę zanurzania flaszek w zdroju.

Tym wymogom zdaniem prelegenta czyni zadość przyrząd przez niego pomyślany. Składa się on z następujących głównych części:

a) z pompki tłoczącéj zanurzonéj w samym zdroju do pewnéj głębokości,

b) z rur doprowadzających wodę do

c) zbiornika zamkniętego ze wszech stron, napełniającego

flaszki za pomocą rurek sięgających do dna flaszki, otwierających się ciężarem tychże, a zamykających się same przez się po zdjęciu napełnionych flaszek.

Dr. Lutostański objaśnił pomysł i wyłuszczył zasady, na których konstrukcyja tego przyrządu polega.

Zalety jego są następujące:

a) usuwa zetknięcie się powietrza atmosferycznego z wodą mineralną,

b) ułatwia niezmiernie samą czynność napełniania.

W ciągu kilku sekund można napełnić 24 flaszki.

Flaszki za pomocą tego przyrządu napełnione a poprzednio najstaranniéj wymyte i wypłókane wodą mineralną, korkują się systemem igiełkowym, w Klosterneuburgu używanym.

Wody żeleziste zawierające pewną ilość ciał organicznych, napełnione tym sposobem, wybornie się w flaszkach trzymają. Do wód bardzo czułych na tlen z braku ciał organicznych, trzeba dodawać małą ich ilość.

Dla kontroli korków nie należy flaszek zaraz w pakach układać, lecz pozostawić je należy w położeniu leżącém przez 12 godzin, aby się przekonać, które flaszki cieką.

Wypalanie roku napełnienia na dolnéj powierzchni korka nie daje pewności dla kupującego, że woda jest świeżą, gdyż dopiero po odkorkowaniu o tém przekonać się może. Lepiéj byłoby wyciskać rok napełnienia na flaszce.

W dyskusyi nad tym wykładem prof. Olszewski oświadcza, iż opis przyrządu jako powierzchowny nie zadowala go oraz zwraca uwagę na potrzebne wentyle w przyrządzie prelegenta. Dr. Lutostański odpowiada, iż przedstawił tylko pomysł w rysunku schematycznym i umyślnie jak na teraz poprzestał na tymczasowém pobieżném zawiadomieniu Komisyi balneologicznéj o pomyślanym przez siebie przyrządzie, ma bowiem zamiar starania się o patent wynalazku w Austryi i Cesarstwie Niemieckiém. Model i rysunki przesłane zostały do władz odpowiednich. Sekretarz *Dr. Smoleński.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* C. k. Namiestnictwo wydało pod L. 30.577 następujący okólnik do wszystkich panów c. k. Starostów.

„Według ustawy z 30 kwietnia 1870 r. (D. u. p. l. 68 §. 8, lit. c.) są lekarze powiatowi obowiązani zwiedzić peryjodycznie miejscowości powiatów do urzędowania im przydzielonych.

Cel podróży jest: 1) dokładne obznajomienie się lekarza ze stosunkami zdrowotnemi każdéj miejscowości, 2) zarządzenie środków odpowiednich w celu usunięcia usterek czy to na miejscu przez lekarza, czy to przez c. k. Starostwo, względnie c. k. Namiestnictwo, a 3) zapoznanie wyższych władz ze stosunkami zdrowotnemi za pomocą sprawozdań zdrowotnych, w których zwięźle i ściśle według jednolitego wzoru mają być stosunki zdrowotne opisane.

Pan Starosta poleci przeto c. k. lekarzowi powiatowemu, względnie asystentowi sanitarnemu, by w każdym roku przedsiębrał zwiedzanie powiatu i zastósowywał się do załączonéj instrukcyi, z których jeden egzemplarz udzielisz Pan lekarzowi, drugi zatrzymasz w aktach c. k. Starostwa. Ponieważ jest rzeczą pożądaną, by w przeciągu 3 lat lekarz dokładnie obznajomił się ze stosunkami sanitarnemi wszystkich miejscowości powiatu i z takowych Namiestnictwu zdał sprawę, przeto dzieląc powiat mniéj więcéj na równe 3 części, wyznaczysz mu Pan miejscowości, które w każdym roku ma zwiedzić.

Również polecisz Pan lekarzowi rządowemu, by w miejscowościach, które zwiedzać będzie z powodu tamże panującéj choroby nagminnéj, zbadał stosunki zdrowotne tychże jak najdokładniéj i przedłożył sprawozdanie według wzoru instrukcyi dla podróży peryjodycznych, a mianowicie tych miejscowości, które odwiedzać będzie w czasie odpowiednim do zbadania tych stosunków i tak głównie na wiosnę i w jesieni.

Miejscowości te nie ma lekarz więcéj zwiedzać przy sposobności podróży peryjodycznéj.

Z końcem każdego półrocza, tj. w lipcu i grudniu, przedłożysz Pan c. k. Starosta w odpisie sprawozdania lekarza co do stosunków zdrowotnych tak miejscowości zwiedzanych przez niego w podróży peryjodycznéj, jak też i przy innéj sposobności, oraz podasz Pan c. k. Starosta, co zarządził lekarz na miejscu w celu usunięcia tamże istniejących usterek zdrowotnych, co zostało zarządzone ze strony c. k. Starostwa, oraz wnioski co do zarządzeń wyjść mających ze strony c. k. Namiestnictwa.

Partykularze z podróży peryjodycznych należy przedkładać z wyraźném podaniem „za podróże peryjodyczne.“

Lwów dnia 13 czerwca 1880.

(Do okólnika tego dołączoną jest Instrukcyja z 21 §§. składająca się. Tym sposobem załatwioną została ostatecznie sprawa, o któréj pisaliśmy w Nrach 46 Przegl. Lek. z r. 1878, 28 z r. 1879 i 10 z r. b.).

Sprawozdanie o śmiertelności

w miastach Galicyi liczących nad 15.000 ludności, za czas od dnia 1 stycznia do 27 marca 1880 r. (Kwartał pierwszy).

Nazwa miasta	Ludność obliczona na (31 grudnia 1879 r.)	Liczba zmarłych bez nieżywo urodzonych	Stosunek zmarłych obliczony na 1000 mieszkańców i na rok	Wiek zmarłych: 1 rok	2–5 lat	6–20 lat	21–40 lat	41–60 lat	60 i wyżéj	wiek nieznany	Przyczyna śmierci – Choroby zakaźne: Ospa	Odra	Płonica	Dławiec i błonica	Krztusiec	Dur brzuszny	Dur plamisty	Cholera	Czerwonka	Gorączka połogowa	Inne choroby zakaź.	Inne panujące choroby: Suchoty płuc	Zapalenie płuc, krtani i tchawicy	Inne ostre ch. org. narządu oddechow.	Udar	Ostry gościec stawowy	Zapalenie jelit	Cholerynа	Wszystkie inne choroby	Śmierć gwałt.: Śmierć przypadkowa lub nieznana przyczyna	Samobójstwo	Morderstwo
Lwów	110 623	1050	37.9	171	126	80	206	234	232	1	—	2	4	20	2	16	1	—	2	6	—	218	194	9	22	—	37	31	499	10	10	—
Kraków	63.600	625	39.3	127	84	50	137	129	98	—	69	—	5	9	2	6	1	—	—	5	11	91	121	34	3	—	23	—	235	7	3	—
Brody	19.0[illegible]5	234	49.2	59	19	13	29	44	70	—	—	—	2	13	2	2	1	—	—	—	2	25	36	9	2	—	12	—	123	4	—	—
Drohobycz	21.524	270	50.1	54	53	29	37	49	48	—	—	—	9	18	3	13	—	—	—	—	—	14	22	70	4	—	10	—	107	—	—	—
Kołomyja	20.046	237	47.3	68	65	20	29	29	26	—	—	14	1	28	1	—	—	—	—	1	—	18	55	4	1	—	2	—	115	—	—	—
Przemyśl	19 667	164	33.3	64	11	11	17	29	32	—	—	—	—	11	1	5	—	—	1	—	—	42	23	8	2	—	4	—	68	1	—	—
Stanisławów	15.691	227	57.5	62	27	18	32	38	50	—	—	1	3	28	4	4	—	—	—	—	—	34	19	3	—	—	—	—	128	2	1	—
Tarnopol	22 4[illegible]8	243	43.2	72	24	13	32	49	51	2	—	—	1	11	—	4	1	—	1	1	1	46	58	—	1	—	5	13	112	4	1	—
Tarnów	32.879	239	29.0	59	23	19	37	50	49	2	—	8	—	7	—	10	—	—	—	1	—	33	40	2	2	—	—	—	120	4	—	1
Razem		3289	4296	736	432	253	556	1643	563	5	69	25	25	145	15	57	4	—	4	14	14	521	568	139	38	—	104	44	1507	32	15	1

(1 rok, 2–5 lat:) 23.3% 13% ogólnéj liczby zmarłych

(Choroby zakaźne:) 372 = 11.2% ogólnéj liczby zmarł.

(K. G.) Miejskie Rady zdrowia w Petersburgu i Moskwie. W początku lutego r. z. Rada miejska petersburska pod grozą dżumy utworzyła czasową wykonawczą komisyję zdrowia. Komisyja ta zbadała stan miasta pod względem sanitarnym za pomocą rewizyj dokonywanych w każdym cyrkule i dzielnicy przez osobnego delegata, przyczém okazało się, że stosunki sanitarne Petersburga przechodzą wszelką miarę pod względem nieporządku w miastach napotykanego. Gdy główną przyczynę tego stanowi brak odpowiedniego dozoru i kontroli nad tém, czy i jak wykonywane bywają przepisy, komisyja petersburska ułożyła

projekt ustawy sanitarnéj dla m. Petersburga z 81 paragrafów złożony. Komisyja petersburska przyszła do przekonania, że o rzeczywistéj poprawie stosunków sanitarnych mowy być nie może dopóty. dopóki istnieć nie będzie stały obywatelski organ sanitarny rozporządzający dostateczną liczbą dozorców a poświęcony wyłącznie opiece zdrowia publicznego w najobszerniejszém tego słowa znaczeniu,—proponuje więc utworzenie: stałéj miejskiéj wykonawczéj komisyi zdrowia publicznego. Komisyja ta zostawać ma pod zwierzchnictwem obywatelskiego zarządu miejskiego i składać się z 14 członków i przewodniczącego przez radę miejską wybranych i obowiązki swe honorowo pełniących.

Miasto ma być na kilka okręgów sanitarnych podzielone oddanych pod opiekę pojedynczym członkom komisyi. Komisyja zamianuje 2 lekarzy (z pensyją po 1500 rs), k órych obowiązki osobna określi instrukcyja. W każdym cyrku e ustanowiony będzie dozorca (inspektor) z pensyją 600 rs. W razie potrzeby może być w cyrkule i więcéj niż jeden dozorca czynnym, liczba ich nie może jednak przekraczać 36. Do dyspozycyi téj komisyi ma być wyznaczony fundusz 5.400 rs. rocznie (prócz etatu lekarzy i dozorców). Komisyja ta ma być na próbę obecnie na przeciąg lat 3 ustanowioną, poczém mogą nastąpić zmiany co do jéj składu, atrybucyj, uposażenia itd.

Projekt ten ustawy sanitarnéj został obecnie przedłożony zarządowi miasta i naczelnikowi policyi, poczém spodziewać się można, że Rada miasta zatwierdzi takowy.

W Moskwie Rada miejska już uchwaliła ustanowienie stałéj komisyi sanitarnéj. W skład téjże mają wejść przewodniczący wybrany przez Radę miasta, 4 c łonków Rady n iejskiéj, 8 inspektorów cyrkularnych (tyle jest cyrkułów w mieście), naczelnik policyi targowéj, 4 lekarzy sanitarnych, lekarz statystyk, lekarz mikroskopista, główny lekarz policyi miejskiéj, jeden z urzędników moskiewskiego oddziału rady handlowéj i przemysłowéj i po jednym delegacie z urzędów lekarskiego i policyjnego, jeżeli to władza za potrzebne uzna.

Plan czynności, etat i sposób wyboru członków lekarzy téj komisyi nie są jeszcze ogłoszone.

Praga. Utworzono tu miejską Radę zdrowia z 21 członków złożoną.

Statystyka epidemij. Ospa w tygodniu 26 nie zmieniła się w Londynie. Umarło 14, leczyło się w szpitalach 248, zapadło świeżo 47. W Pradze umarło 17, w Paryżu 51, w Wiedniu 5. Rzadsze bywają przypadki śmierci z tyfusu w Petersburgu, z brzusznego umarło 30. z powrotnego 37, z osutkowego 27. W Berlinie są częste przypadki śmierci z nieżytów żołądka i jelit. W tygodniu 27 umarło w Krakowie 5 z ospy, 2 z płonicy, 1 z duru brzusznego, 1 z duru osutkowego, a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospicy (z Rynku l. 17), 3 duru osutkowego (z ul. Grodzkiéj l. 138, z ul. Długiéj l. 25 i z Kazimierza); 2 róży (z Grobli l. 18 i z Podbrzezia).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 25 umarło na 1000 mieszkańców i na rok: W Krakowie 34,3; we Lwowie 47,0; w Warszawie 31,0; w Poznaniu 23,7; w Wiedniu 23,2; w Pradze 44,2; w Tryjeście 33.6; w Berlinie 51,0; w Wrocławiu 31,5; w Mnichowie 32,7; w Dreźnie 27,0; w Lipsku 23,4; w Bazylei 23,5; w Brukseli 22,4; w Paryżu 25,2; w Londynie 18,1; w Kopenhadze 25,2; w Stokholmie 23,6; w Chrystyjanii 19,1; w Petersburgu 47,9; w Odesie 52,7; w Wenecyi 24,4; w Bukareszcie 21,6; w Barcelonie 24,0; w Nowym Jorku 32,1; w Bombayu 30,3; w Madrasie 35,8. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 lipca. Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowna Redakcyjo!

W odpowiedzi na artykuł z dnia 7 lipca Nr. 28, nadsełam następujące sprostowanie, z prośbą o zamieszczenie w łamach szacownego Pisma.

„Ład we wszelkich kierunkach czynności zakładu jest utrzymany w zupełności, o czém się przekona mój następca.

Że zaś ładu i stosunków między urzędnikami utrzymać nie mogłem, nie jest winą moją, gdyż tylokrotnie prosiłem Wydział krajowy o zmianę. Sprzykrzyły mi się ciągłe napady dziennikarskie, co téż spowodowało mnie do wniesienia dymisyi. Życząc memu Następcy by szczęśliwiéj zakład zupełnie urządzony prowadził. *Kulparków d. 12 lipca. Dr. Maresch.*"

Czyniąc zadosyć życzeniu ustępującego dyrektora podajemy obronę jego w brzmieniu dosłowném. Mówiąc „o napadach" dziennikarskich, zapewne nie miał nas na myśli, bo myśmy traktowali sprawy kulparkowskie bardzo oględnie, może nawet zanadto oględnie, nie chcąc być sędziami w obec wzajemnych, ustawicznych rekryminacyj; wzywaliśmy tylko do przestrzegania porządku i karności, które jeżeli w każdym szpitalu, to tém bardziéj są koniecznie potrzebne w zakładzie dla obłąkanych; żądaliśmy żelaznéj woli i energii ze strony przełożonego, ale i najściślejszéj karności ze strony podwładnych (p. Przegląd Lek. 1878, Nr. 39). Sam p. Dr. Maresch przyznaje, że „ładu i stosunku między urzędnikami utrzymać nie mógł," ale mniema, że to nie jego wina. Być może; nie zwalamy wyłącznéj winy na byłego dyrektora, którego ja :o prymaryjusza wysoko poważaliśmy; ale musimy ustąpienie jego uznać za korzystne dla instytucyi, która pod jego przewodnictwem nie najlepszéj używała reputacyi. Jeżeli wódz naczelny przegra kampaniję, zapewne składają się na to liczne, po części od niego niezawisłe okoliczności; ale kto w razie wygranéj zbiera zaszczyty, nosi także całe brzemię odpowiedzialności w złéj doli, a że złą jest dola zakładu kulparkowskiego, nikt nie zaprzeczy.

◎ Na 15 posiedzeniu bieżącéj kadencyi Sejmu galicyjskiego d. 7 lipca 1880 postawił Prezes Dr. Majer wniosek, dotyczący stosunku klinik do szpitala św. Łazarza w Krakowie. Wniosek ten po krótkiém uzasadnieniu przez wnioskodawcę odesłano na 17 posiedzeniu d. 9 bm. do komisyi edukacyjnéj, która już na 19 posiedzeniu d. 13 lipca złożyła sprawozdanie wnosząc:

1) Upoważnia się Wydział krajowy, ażeby część gruntu, będącego własnością szpitala św. Łazarza w Krakowie, około jednego morga wynosić mogącą, odstąpił bezpłatnie pod dwa pawilony kliniczne, kosztem rządu wystawić się mające.

2) Wydział krajowy złoży oświadczenie gotowości przyjęcia napowrót kliniki dzieci do szpitala św. Łazarza i takiego téjże umieszczenia, jakie miała przed przeniesieniem jéj w moc układu z r. 1876 do wystawionego przez prywatne Towarzystwo szpitala św. Ludwika; a to w tym razie, gdyby z jakiegobądź powodu w tym ostatnim zostawać nie mogła;

3) od żądania opłaty czynszowéj za umieszczenie kliniki chorób skórnych i syfilitycznych w szpitalu św. Łazarza Wydział krajowy odstępuje, uważając ją za ekwiwalent wymaganego przez rząd zasiłku na budowę kosztem funduszu edukacyjnego dwóch pawilonów klinicznych;

4) upoważnia się Wydział krajowy do ułożenia się z rządem względem wynagrodzenia za odstąpienie w szpitalu św. Łazarza sali wykładowéj dla kliniki chorób skórnych i syfilitycznych.

Przez ten wniosek załatwiono trzy sprawy wielkiéj dla Wydziału lek. doniosłości.

Co do pierwszéj a najważniejszéj to na tém, że kliniki nie są pomieszczone w szpitalu, ale zupełnie odrębnie, cierpi nauka, utrzymanie chorych więcéj kosztuje, Rząd więc zamyśla wybudować obok szpitala dwa pawilony kliniczne. Wychodząc jednak z tego punktu zapatrywania, że na tém zyska kraj i uniwersytet, bo liczba ogólna łóżek w klinikach wynosząca dziś 93 łóżek, ma być według projektu o 67 do liczby 160 zwiększoną pragnie Rząd, aby kraj się do tego przyczynił. Wydział kraj. tymczasem wychodząc z zasady, że stawiać i utrzymywać kliniki jest obowiązkiem Rządu, nie tylko niczém nie chciał się przyczynić, ale nawet za grunt, którego nikomu odsprzedać ani téż na inne prócz szpitalne cele użyć nie może, żądał zapłaty.

W skutek zapadłéj uchwały grunt ten zostanie Rządowi bezpłatnie odstąpionym, przez co kraj w miarę swéj możności przyczynia się do budowy pawilonów. Kraj odniesie przy tém korzyść, bo Rząd po zbudowaniu pawilonów klinicznych odstąpi administracyję Wydziałowi krajowemu; znaczny zysk mieć będzie fundusz szpitalny a zarazem wzmoże się o 67 ogółem liczba łóżek dla chorych, która dziś według sprawozdania Wydziału kraj. jest niedostateczna.

Dalsze uchwały zmierzają do uregulowania stosunków kliniki pedyjatrycznéj i syfilitycznéj, a o tyle wychodzą na korzyść Wydziału lekarskiego, że Rząd od podpisania deklaracyi, o któ-

réj w ustępie 2) mowa, czynił dotąd zawisłém systemizowanie posady asystenta kliniki pedyjatrycznéj.

* Bawi tu od dni kilku prof. fizyjologii Nawrocki z Warszawy, wracający z podróży naukowéj po Francyi i Szwajcaryi przedsięwziętéj.

* W zeszłą sobotę udało się kilkunastu uczniów starszych Wydziału lekarskiego na naukową wycieczkę w celu zwiedzenia zakładów zdrojowo-kąpielowych krajowych, Krynicy, Szczawnicy i Żegiestowa, pod kierownictwem asystenta kliniki lek., zachęceni i poparci w tym zamiarze przez prof. Dra Korczyńskiego.

* **Warszawa**. Na posiedzeniu Towarzystwa lek. w d. 6 bm. odbytém uchwalono wniosek komitetu wybranego celem przejrzenia słownika lekarskiego, skutkiem czego uwagi komitetu tego i poprawki przesłane zostaną Towarzystwu lek. krak.

* **Wiedeń**. Wydział lek. uchwalił prosić ministerstwa, aby profesorowie nadzw. nie według starszeństwa, lecz na mocy wyboru zasiadali w Wydziale z prawem głosowania.

* **Praga czeska**. Prof. Klebs zrezygnował z posady swéj z powodu, że Wydział lekarski nie zgodził się na rozszerzenie oddziału jego doświadczalnego w szpitalu powszechnym. Zapewne da się jeszcze uprosić do pozostania w Pradze.

* W Cieplicach czeskich do d. 4 bm. bawiło gości kąpielowych 5520.

+ **Karlsbad** 3 lipca. Do dziś dnia było osób 15,722, o 1462 więcéj niż do tegoż dnia r. z. W pierwszéj połowie tygodnia dnie pochmurne, czasami drobny ciepły deszczyk, przy ciepłocie stale się utrzymującéj w cieniu na 15° R., w drugiéj połowie pogoda stała z takąż ciepłotą 20° R.

* **Mianowania i odznaczenia**. Docent fizyjologii w Berlinie Dr. Christiani mianowany został tamże profesorem nadzw.— Prof. Kupffer w Królewcu powołany został jako prof. anatomii do Monachijum. — Rodak nasz Dr. Henryk Borysiekiewicz habilitował się jako docent chorób ocznych we Wiedniu. — Dr. Jarisch potwierdzony został jako docent chorób skórnych we Wiedniu.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktora w. n. lek. otrzymał w d. 8 bm. w Uniwersytecie Jagiell. p. Henryk Mendelsburg z Krakowa.

* **Nekrologija**. W Paryżu umarł skutkiem apopleksyi w sile wieku, bo zaledwie w 56 roku życia, sławny chirurg i antropolog, prof. Paweł Broca, mianowany niedawno senatorem Francyi. Jest to strata dotkliwa nie tylko dla ojczyzny jego, ale dla całego świata cywilizowanego. — W Marburgu umarł farmakolog Karol Filip Falck.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 28: Dunina: Spostrzeżenia nad epidemiją tyfusu powrotnego, panującą w Warszawie w 1879 do 1880 r. (c. d.); Dymnickiego: Sprawozdanie z Buska (c. d.)

Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Panie Redaktorze!

Przeczytawszy w Nrze 26 Przeglądu Lek. list kol. Ściborowskiego ze Szczawnicy postanowiłem dobrym zachęcony przykładem napisać nieco z młodego jeszcze, bo dopiero kilka lat istniejącego uzdrowiska klimatyczno-żętycznego „Kulaszne.“

Co do bliższych szczegółów o stosunkach Kulasznego, odsyłam czytelników do Nru 14 Przeglądu Lek., w którym znajduje się treść odczytu mojego mianego na posiedzeniu Komisyi balneologicznéj. Tu wspomnę tylko, że Kulaszne jest stacyją kolei Przemysko-łupkowskiéj, ma więc w zakładzie koléj, pocztę i telegraf a tém samém zbliżone jest bardzo do wszystkich miejsc ziemi gromadnie zamieszkałych. Obfitość środków komunikacyjnych i inne warunki miejscowe rokują w przyszłości szybki wzrost i rozwój dla zakładu tak w Galicyi potrzebnego, który powstał i wzrasta siłą woli i energiją obecnego właściciela p. Truskolawskiego. Że słowa powyższe nie są czcze, świadczy najlepiéj z roku na rok powiększająca się liczba osób zwiedzających zakład, już to w celu kuracyi, już téż w celu wypoczynku tu przybywających.

Zakład Kulaszne dopiero obecnie, bo przed półtora miesiącem przez Wys. Wydział krajowy za publiczny uznany został, na podstawie orzeczenia radcy sanitarnego Dra Riegera, który komisyi na miejscu dokonał. Kulaszne cieszyło się dotąd przeciętną liczbą stu osób przez sezon a obecnie, jakkolwiek dopiero od czterech tygodni otwarte, mieści do pięćdziesięciu osób i ma tak liczne zamówienia na mieszkania, że zarząd zakładu wkrótce znajdzie się w kłopocie, bo nawet na sierpień trudno będzie wynaleść jaki kątek.

Nie mogę pochwalić się, abym tu miał jak np. w Szczawnicy straż kąpielową umundurowaną i setki krzeseł w parku, osobną salę balową itd., ale nie mogę téż nie wspomnieć, że i w Kulasznem sala restauracyjna wystarcza na urządzenie ładnego baliku i wygodnie może pomieścić z 50 par tańczących. W parku mamy dość dużo i wygodnych ławek, gimnastykę, wiele gier towarzyskich a co najważniejsza to piękną, górską, bystrą rzekę Osławę, płynącą środkiem zakładowego parku. Mamy na Osławie kładkę prowadzącą na góry lekko wznoszące się po jéj prawym brzegu, jak również łazienki nad rzeką, w któréj kąpiele doskonałe. Bacik pływający na rzece przyczynia się także znacznie do uprzyjemnienia pobytu w Kulaszném. Cały teren zakładu dokładnie wyszutrowany, tak że nawet po najulewniejszym deszczu suchą nogą przechadzać się można. Ponieważ w roku bieżącym po większéj części tylko ozdrowieńcy i lekko chorzy do zakładu się zjeżdżają, mamy n dzieję, że dobrze bawić się będziemy, w tym celu téż zarząd myśli urządzać wieczorki tańcujące, z których pierwszy już się odbył dnia 4 lipca i udał się znakomicie. Towarzystwo głównie z inteligencyi złożone zajmuje się téż żywo sprawami bieżącemi, czytuje chciwie dzienniki, których tu z wybitniejszych po kilka egzemplarzy się znajduje. Przybycia pociągu kolei od Przemyśla wyczekuje się tu tłumnie oblegając dworzec z nadzieją otrzymania listu, gazety, przesyłki lub wreszcie zobaczenia znajoméj twarzy. W sali restauracyjnéj ustawiony jest fortepijan. Pozycyja lekarza zakładowego w takich okolicznościach staje się wcale przyjemną, tém bardziéj, że posada ta w zakładzie nie bardzo licznie odwiedzanym nie przedstawia wiele czynności, a sezon taki raczéj za czas wypoczynku po pracy szpitalnéj całorocznéj, aniżeli za wysiłek poczytywać można.

O stosunkach koleżeńskich w okolicy to powiedzieć mogę, że są one bardzo przyjemne i życzę sobie, bym zawsze w takich się obracał. Znajdując się blisko Sanoka nie mogłem się powstrzymać, aby nie odwiedzić kilku tam praktykujących kolegów. Przyjęty bardzo serdecznie, doświadczyłem wielkiéj przyjemności znalazłszy się w tamtejszym szpitalu nowym i wzorowo urządzonym a zostającym obecnie pod kierunkiem Dra Skalskiego. Wszystko co nowe w nauce, jest tu stósowane a czystość i porządek nie pozostawiają nic do życzenia.

Ramy korespondencyi nie pozwalają się więcéj rozpisywać, kończę więc w nadziei, że może jeszcze kiedy zostanie się jaki odcinek Przeglądu, na którym będę mógł się podzielić z kolegami wrażeniami z mojéj praktyki w Kulasznem i zostaje dla szanownego Pana Redaktora z winnym szacunkiem

Kulaszne, 6 lipca 1880 r. *Dr. Michał Śliwiński.*

Piśmiennictwo lekarskie. JASINSKI. Welches Heilverfahren liefert bei der chron. Lungenschwindsucht die besten Resultate. Vortrag. Nach dem polnischen bearb. v. J. Schultze. 8. Breslau, Buch. d. schles. Presse. M. 0·80.

Do Nru dzisiejszego dołącza się dodatek: Sprawozdanie z Walnego Zgromadzenia delegatów Towarzystwa Lekarzy gal. w dniu 28 czerwca r. b.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign Stelcla.